

KANSAN
TERVEYSKANSANTERVEYSLAITOKSEN TIEDOTUSLEHTI • FOLKHÄLSOINSTITUTETS INFORMATIONSTIDNING
HUHTIKUU 4/1999 APRIL**KTL** 4/1999

TEEMA: TUPAKKA

■ Savuttomuus etenee Suomessa ja maailmalla
*Sivu 1***■ Suomen tupakkapolitiikan haasteet nuorisossa**
*Sivu 2***■ Nuorten tupakointi lisääntymässä**
*Sivu 2***■ Tavoitteena savuttomat työpaikat**
*Sivu 3***■ Suomalaisten tupakointi sisältää yhä haasteita**
*Sivu 3***■ Tupakka nappaa koukuunsa – farmakologiaa ja toksikologiaa**
*Sivu 4***■ Tupakkariippuvuus liittyy mielenterveyden häiriöihin**
*Sivu 9***■ Aikuisväestön terveyskäyttäytymisseuranta ja tupakointi**
*Sivu 10***■ Lopeta ja voita Suomessa – Quit and Win maailmalla – Suomen koordinoima tupakoinnin lopettamiskampanja laajenee**
*Sivu 10***■ Terveystieteiden huolto voi auttaa tupakasta vierottumista**
*Sivu 11***■ Tupakkateollisuus yhä enemmän vastuuseen**
*Sivu 12*TARTUNTATAUTITILANNE
SUOMESSA SS. 5-8

- Tartuntatautitilanne Suomessa
- Tulppaaninäyttelystä legionellaa
- Botulismi EU-maissa

SAVUTTOMUUS ETENEE
SUOMESSA JA MAAILMALLA

Tupakoinnin terveyshaitat ovat yleisesti tiedossa. Ongelman mittasuhteita ei kuitenkaan ymmärretä täysin. Tupakalla on kuitenkin ainutlaatuinen ominaisuus tappaa tarkoitetulla tavalla käytettynä. Noin joka toinen tupakoija kuolee tupakointinsa aiheuttamaan tautiin, ellei lopeta ajoissa. Tupakansavun jatkuva hengittäminen on myös kiistaton terveysriski tupakoimattomille. Arvovaltaisen yhteenvedon perusteella ns. passiivinen tupakointi lisää sydän- ja verisuonitautiriskiä noin 30 prosenttia.

Tupakka on maailmanlaajuisesti ylivoimaisesti suurin kansanterveysongelma. Tällä hetkellä arvioidaan, että vuosittain maailmassa noin 3,5 miljoonaa ihmistä kuolee tupakkaan. Arvioiden mukaan tämä luku on 25 vuoden kuluttua peräti 10 miljoonaa. Nykyisten tupakointilukujen perusteella voidaan ennustaa, että noin 100 000 suomalaista kuolee tupakkaan seuraavien 25 vuoden aikana. He ovat tänä päivänä tupakoivia aikuisia.

Niin Suomessa kuin kansainvälisesti on ryhdytty monipuolisiin toimenpiteisiin tupakoinnin vähentämiseksi. Tämä työ on Suomessa ollut varsin tuloksellista: aikuisten miesten tupakointi on vähentynyt suuresti, ja naisten tupakointi on kääntynyt laskuun. Tämä kehitys on myötävaikuttanut työikäisessä miesväestössä mm. sydän- ja verisuonitautien ja keuhkosityövän aiheuttaman kuolleisuuden suureen vähenemiseen.

Suomea onkin laajalti pidetty tupakoinnin vähentämiseen tähtäävän työn mallimaana. Tässä työssä lainsäädännöllä ja julkisella tupakkapolitiikalla on ollut suuri merkitys. Viimeisin myönteinen saavutus oli äskeninen tupakkalain muutos, jolla turvataan ravintoloiden savuttomuutta. Oikeudellisella rintamalla merkittävä oli Helsingin hovioikeuden 31.12.1998 päätös, jonka mukaan tupakkayhtiöt ovat vahingonkorvausvastuussa aiheuttamistaan tupakkasairauksista.

Myönteisestä kehityksestä huolimatta tupakoinnin vähentämiseen tähtäävässä työssä on Suomessakin vielä suuria haasteita. Aikuisista päivittäin tupakoivia on edelleen noin 25 prosenttia. Nuorten tupakoinnin kehitys on ollut epätydyttävää, ja joka neljäs peruskoulusta tulevista nuorista tupakoi päivittäin.

Vielä suurempi toimenpiteiden tarve on kansainvälisellä tasolla. Tätä käsiteltiin erittäin laajalla pohjalla äskenisessä kansainvälisessä tupakkakongressissa Las Palmasissa. Konferenssin kannanotot viitoittavat tietä kohti savutonta 2000-lukua. Eri maissa tapahtuvan tupakka-terveysystön lisäksi pyritään WHO:n puitteissa kansainväliseen sopimukseen, jolla eri maiden hallitukset sitoutuvat rajoittamaan kansainvälistä tupakkamarkkinointia ja -salakuljetusta.

Suomi tukee vahvasti WHO:n pyrkimyksiä ja osallistuu uuden pääjohtajan tri Gro Harlem Brundtlandin tupakkaohjelmaan myös toisella konkreettisella tavalla: Suomen Kansanterveyslaitos koordinoi maailman laajinta tupakoinnin lopettamisohjelmaa QUIT AND WIN, johon osallistui viime vuonna noin 50 maata ja vuoden 2000 kampanjan tavoitteena on 75 maata ja yli 250 000 tupakoivaa.

Pekka Puska, KTL

SUOMEN TUPAKKAPOLITIIKAN HAASTEET NUORISOSSA

Suomen tähänastinen tupakoimattomuuspolitiikka on ollut menestyksellistä. Sen tuloksena enää vajaa kolmannes suomalaisista (30 %) ja viidennes naisista (20 %) käyttää säännöllisesti nikotiinia arkipäivän rutiineista selviytymiseen.

Menestyksen taivaalla näkyy kuitenkin pahaa enteileviä tupakanhajuisia pilviä, joiden torjumiseksi tarvitaan uusia tupakkapolitiittisia avauksia, uusia strategioita ja uusia toimintaohjelmia. Uhkaavista tupakkapilvistä erottuvat selvästi syöpäkäyryletä imevät vähän koulutetut suomalaiset, naiset ja nuoret.

Suomen tupakkalaki on terveystieteellisesti maailman paras tupakoimattomuutta tukeva laki. Se estää mm. väärin tupakointimielikuvien viestimisen vastustuskäytöille lapsille ja nuorille, se ehkäisee nuorten tupakkatuotteiden saantia ja takaa pitkälle jokaiselle suomalaiselle tupakansavusta vapaan hengitysilman. Lakiin tämän vuoden helmikuun 17. päivänä tehty lisäys ympäristön tupakansavun syöpävaarallisuudesta on tupakkaterveystieteellisesti erittäin tärkeä ja laajentaa tupakoimattomuuden edistämispolitiikan näkökulmaa tuntuvasti.

NUORET JA LAPSET TÄRKEIMPIÄ

Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen on tulevan tupakkapolitiikkamme tärkein ja ajankohtaisin painopistealue. Nuorten tupakointi näyttää yhä useamman nuoren kohdalla olevan vain osa tai hälyttävä oire nuoren kasvun ja kehityksen ohjautumisesta väärään "putkeen". Lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistäminen onkin jatkossa yhä enemmän lasten ja nuorten terveen kasvun ja kehityksen turvaamista ja sen osana tupakoimattomuuden edistämistä.

Käytännössä vanhempien kasvatus- ja tukemisvastuuta ja -osaamista on lisättävä, muiden lasten kanssa tekemisissä olevien aikuisten kasvatustaitoja ja aikuismalliviestintää kehitettävä ja elinympäristöjä uudistettava niin, että ne tukevat kaikkialla lasten ja nuorten terveyttä ja tupakoimattomuutta.

Koulujen terveystiedon opetuksen järjestäminen on ajankohtainen yksityiskohta, johon terveysihmistien, koulujen ja kuntien johdon tulisi heti paneutua, keskustella asiasta ja päättää oppiaineen asemasta, tuntimäärästä ja opetussisällöistä. Kun terveystieto säädettiin omaksi oppiaineekseen lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa, tavoitteeksi asetettiin, että koulu antaa jokaiselle oppilaalle riittävät tiedolliset valmiudet omaehtoiseen terveysarvojen, -asioiden ja -valintojen prosessointiin. Tämän tavoitteen mukaisesti koulun tulee esimerkiksi antaa opetusta riippuvuuden mekanismeista niin, että nuori osaa todella arvioida tupakointiin, päihteiden ja huumeiden käyttöön liittyvän riippuvuuden vaaran ja tehdä sen perusteella itsenäiset valintansa.

EI TUPAKOIVIA NUORISO-OHJAAJIA

Lapsi ja nuori omaksuu ajatus- ja elintapansa erilaisista sanallisista ja sanattomista viesteistä, joita hän aistii ja kokoo kaikkialta elinympäristöstään. Kunta, joka yleensä hallinnoi lasten ja nuorten kasvu- ja elinympäristöjä ja palkkaa useimmat näiden kanssa tekemisissä olevat malliaikuiset, ratkaisee päätoimisesti, mitkä elinympäristön viestit ovat.

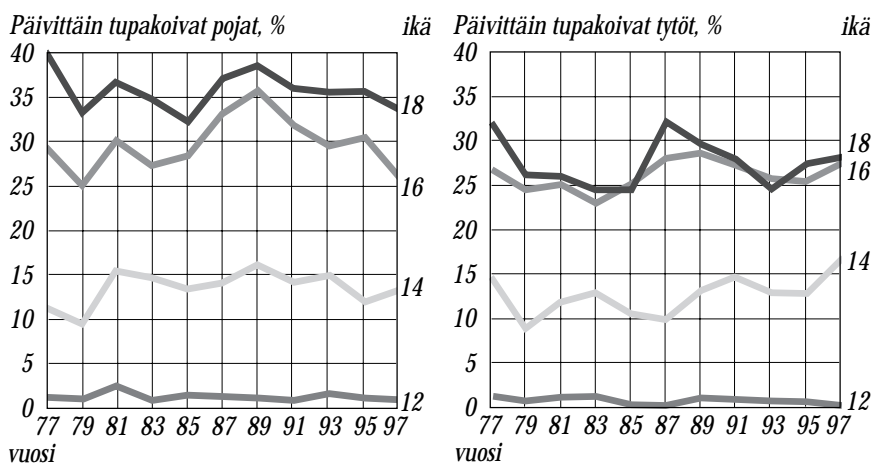
Kunta päättää, sallii se urheilutiloissa viestitettävän nuorille tupakoinnin, nuuskan käytön ja oluen lipittämisen olevan osa urheilua ja aikuisuutta vai ei. Kunta päättää, saavatko urheiluhallin ovensuussa ja kentän laidalla tupakoivat aikuiset malliviestit tupakoinnin kuulumista aikuisuuteen, hyväksyttävänä aikuisen elämäntapana vai ei. Kunta päättää myös, sallii se vähemmän uskottavan keltasormisen, tupakansavuisiin vaatteisiin asustautuneen ja tupakkahöyryjä henkivän opettajan tai terveydenhoitajan uskottelevalle lapsille ja nuorille tupakoinnin terveysvaaroja. Kuntien herättäminen ajattelemaan asioita nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämisen näkökulmasta on tupakkapolitiittisesti ajankohtainen ja olennainen tärkeä asia. □

Olli Simonen, Sosiaali- ja terveysministeriö
(09) 160 4376, olli.simonen@stm.vn.fi

NUORTEN TUPAKOINTI LISÄÄNTYMÄSSÄ

Suomalaisesta kirjallisuudesta löytyvät ensimmäiset huolestuneet puheenvuorot lasten ja nuorten tupakoinnista jo 1880-luvulta. Kun 1970-luvulla valmisteltiin ensimmäistä tupakkalakia, keskeisenä teemana oli lasten ja nuorten tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön tupakkapolitiittinen työryhmä esitti vuonna 1980 varsin optimistisia arvioita mahdollisuuksista vähentää tupakointia. Jos työryhmän ennakoinnit olisivat osaksikin toteutuneet, tupakoivien osuudet 12–16-vuotiaista olisivat nyt ainakin puolet pienempiä kuin kaksikymmentä vuotta sitten.

Päivittäin tupakoivien osuudet ikäryhmittäin erikseen pojilla ja tytöillä 1977–97 (Rimpelä ym. Stakes/Aiheita 28/1997)



Olemme seuranneet 12–18-vuotiaiden tupakoinnin muutoksia vuodesta 1977 alkaen joka toinen vuosi. Pian ilmestyvässä Working together for better health -kongressin (Cardiff, 23.–25. syyskuuta 1998) raportissa olemme verranneet vuoden 1997 tupakointitilannetta siihen, mitä todettiin tasan kaksikymmentä vuotta aikaisemmin juuri kun ensimmäinen tupakkalaki oli tulossa voimaan. Muutokset eivät ole kovin rohkaisevia. Tupakointi näyttää olevan edelleen yhtä yleistä, mutta luonteeltaan jopa addiktiivisempää. Aamutupakointi ja henkeen vetäminen ovat yleistyneet, samoin koulutupakointi.

NUUSKAAMINEN LISÄÄNTYNUT

Nuuskaaminen on oma kiinnostava kysymyksensä. Tupakkalain alkuvaiheissa nuuskaaminen oli Suomessa harvinaista ja tällaisena tilanne säilyi 1990-luvun alkuun saakka. Aivan viime vuosina ja etenkin sen jälkeen kun nuuskan myynti kiellettiin, nuuskakokeilut ja päivittäinen nuuskaaminen ovat nopeasti yleistyneet. Kouluterveyskyselyssä huhtikuussa 1998 Turussa ilmoitti peräti kahdeksan prosenttia yläasteen yhdeksännen luokan pojista nuuskaavansa päivittäin. Nuuskaamisessa on suuria alueellisia eroja. Kyse on kuitenkin jo niin yleisestä tottumuksesta, että se on otettava huomioon tupakointitrendien tarkastelussa. Esimerkiksi Turussa tupakointi näytti huomattavasti vähentyneen tämän luokan poikien keskuudessa, mutta ei enää sen jälkeen kun nuuskaajat otettiin huomioon.

Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä poikien tupakointi näyttää vähenevän 1990-luvulla. Ongelmana kuitenkin on huomattava vastausaktiivisuuden aleneminen. Lukuihin tulisi viime vuosina lisätä 3–5 prosenttiyksikköä, jotta ne olisivat vertailukelpoisia 1970–80-lukujen korkeampien vastausprosenttien aikaan. Aikaisemmin ei ole kysytty nuuskaamista, joka saattaa lisätä vielä pari prosenttiyksikköä. Todennäköisintä on, että 16–18-vuotiaiden poikien tupakointi oli vuonna 1997 suurin piirtein samalla tasolla kuin 1980-luvun alkupuolella ja hieman alempana kuin huippuvuosina 1980-luvun lopussa.

Tulosten tulkinta on helpompaa 14-vuotiaiden poikien joukossa. Kun otetaan huomioon vastausprosentti ja nuuskaaminen,

nikotiinituotteiden käyttö on varsin todennäköisesti hieman, mutta ei kovin paljoa lisääntynyt 14-vuotiaiden keskuudessa. Päivittäin tupakointi ei ole riittävän herkkä indikaattori 12-vuotiailla. Tupakkaa kokeilemattomia oli 12-vuotiaista pojista 50–55 prosenttia vuosina 1977–83 ja 67 prosenttia vuosina 1995–97. Tässä olisi tutkimukselle kiinnostava ero trendeissä: kun kokeileminen vähennee 12-vuotiaiden keskuudessa, päivittäinen tupakointi kuitenkin lisääntyy 14-vuotiaiden keskuudessa!

TYTTÖJEN TUPAKOINTI ENTISTÄ TAVALLISEMPAA

Työillä trendit ovat aika yksiselitteisiä. Kolmessa vanhimmassa ikäryhmässä tupakoivien osuudet ovat viime vuosina olleet selvässä kasvusuunnassa ja etenkin 14-vuotiailla taso on huomattavasti korkeammalla kuin 1980-luvun alussa.

Viimeisimmät tiedot 14–16-vuotiaiden tupakoinnista on saatu viime huhtikuussa eri puolilla maata tehdyissä kouluterveyskyselyissä. Kun niiden tuloksia verrataan kaksi vuotta aikaisempaan tilanteeseen samoissa kunnissa, tupakoivien osuudet ovat edelleen kasvamassa, ei tosin kaikilla alueilla. Lähikuukausina saadaan yksityiskohtaisempaa tietoa peruskoulun yläasteiden oppilaiden tupakoinnin muutoksista huhtikuusta 1996 huhtikuuhun 1998.

Mitä nämä tiedot opettavat? Ensinnäkin on tärkeää havaita, että monista muista maista raportoidaan samanlaisia trendejä. Lasten ja nuorten tupakointi ei näytä olevan vähennettävissä niillä tavanomaisilla toimintatavoilla, joihin viime vuosina on Suomessa investoitu kymmeniä miljoonia markkoja. Suoraan nuoriin vaikuttavat hankkeet näyttävät aika tehottomilta, elleivät samalla ympäristö ja erityisesti siinä toimivat aikuiset muutu. Joka tapauksessa on aihetta vakaavan arviointiin. Mahtaisivatko trendit sanotavasti muuttua, jos muutamaksi vuodeksi lopettaisimme kaikki erityiset nuorten tupakoinnin vähentämisprojektit? □

Matti Rimpelä, Stakes
(09) 3967 2187, mattir@stakes.fi

TAVOITTEENA SAVUTTOMAT TYÖPAIKAT

Työterveyslaitoksen Sisäilmasto-ohjelman mukaan tupakansavu on maassamme edelleen merkittävin sisäilmaston terveyshaitta. Arvioidaan, että vuosittain jopa 50–60 tupakointimattomaa suomalaista sairastuu keuhkosyöpään ja yli 700 kuolee ennen aikaisesta sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin passiivisen tupakansavuaaltistumisen seurauksena. Työpaikan tupakansavuaaltistuminen aiheuttaa merkittävän osan näistä sairastumisista.

Työterveyshuollolle työntekijän tupakointi ja työpaikoilla tupakansavulle altistuminen on yksi merkittävimmistä haasteista. Tupakoinnin ja tupakansavulle altistumisen

vähentämisellä voidaan oleellisesti parantaa työntekijän terveyttä ja työkykyä sekä vähentää sairauspoissaoloja ja ennen aikaisen työkyvyn menettämisen riskiä. Siksi tähän teemaan kannattaa uhrata enemmän työterveyshuollon voimavaroja kuin tähän saakka on tehty.

Työterveyslaitos käynnisti osana Sisäilmasto-ohjelmaa joukon projekteja, joiden tavoitteena oli arvioida työpaikkojen tupakointitilannetta, työntekijöiden ja työterveyshuollon asenteita työpaikkatupakointiin ja muutoksia, joita tapahtui vuoden 1995 tupakkalain seurauksena.

RAVINTOLOISSA PUUTTEITA

Vuonna 1995 voimaan tullut tupakkalaki pyrki estämään työntekijöiden vastentahtoisesta tupakansavuaaltistumisen työpaikoilla. Heloma työryhmineen on seurannut tupakkalain vaikutuksia työpaikoilla vuosina 1995–98. Näyttää siltä, että suurilla ja keski suurilla työpaikoilla tupakkalaki toimii varsin hyvin. Työntekijät ovat siirtyneet tupakointiin työpaikan rakennuksen ulkopuolelle. Päivittäin poltettujen savukkeiden määrä on vähentynyt, kun tupakointi ei ole yhtä helppoa kuin aikaisemmin. Työntekijät suhtautuivat tupakkalakiin myönteisesti ja katsoivat uuden lain jopa parantaneen työpaikan ilmapiiriä.

Valitettavasti vuoden 1995 tupakkalaki ei toimi yhtä hyvin kaikissa työpaikoissa: ravintolatyöntekijöiden altistuminen tupakansavulle jatkuu edelleen ja pientyöpaikoilla on toimialoja, joissa jopa puolet tupakoitsijoista ilmoittaa edelleen tupakoivansa sisätiloissa. Ravintoloiden työntekijöiden tilanne paranee oleellisesti helmikuussa 1999 hyväksytyn tupakkalain uudistuksen myötä. Osa ravintoloiden sisätiloista on jatkossakin tarkoitettu tupakoitsijoille, jolloin työntekijöiden altistuminen tupakansavulle ravintoloissa jatkuu. Pientyöpaikoilla huolestuttavaa on ollut, että erityisesti nuoret työntekijät tupakoivat entistä yleisemmin ja päivittäin tupakoivien määrä on pientyöpaikoilla lisääntynyt viimeisten kolmen vuoden aikana.

PIENET TYÖPAIKAT SAVUISIMPAA

Työpaikkoja on Suomessa yli 300 000. Niistä yli 90 prosenttia on pieniä ja keski suurta yrityksiä, joissa on töissä lähes 90 prosenttia työvoimasta. Kokemuksesta tiedetään, että pientyöpaikat jäävät poikkeuksetta jälkeen työterveyshuollon ja työsuojelun uusien sovellutuksista käynnistettäessä. Näin näyttää käyvän myös tupakkalain tulua voimaan vuonna 1995.

Työterveyslääkärit ja -hoitajat ovat keskeisessä asemassa työpaikkojen tupakointiasioista keskusteltaessa. Työterveyslaitos toteutti laajan kyselytutkimuksen maamme kaikille työterveysasemille (n=1004) ja kysyi työterveyshenkilöstön asenteita työpaikkatupakointiin sekä työntekijöiden omaa tupakointia. Työterveyshoitajista neljä ja työterveyslääkäreistä kymmenen prosenttia tupakoi päivittäin. Työterveyshoitajat keskustelivat lääkäreitä aktiivisemmin potilaiden tupakointiasioista vastaanottojen yhteydessä ja työpaikkakäynnillä. Työterveyshenkilöstön

Työterveyshenkilöstön top-5 -tehtäväluettelo tupakka-asioissa

1. Työntekijöiden tupakanvieroitustyö jatkuvasti käynnissä
2. Koulutus, ohjaus ja neuvonta tupakkalain vaatimuksista
3. Riittävien resurssien varaaminen pientyöpaikkojen tarpeisiin
4. Työpaikkakäyntien yhteydessä huomio tupakointijärjestelyihin ja puuttuminen epäkohtiin
5. Tupakka-asiat osana TYKY-toimintaa (esim. keskustele 2 min/tupakoiva potilas vastaanoton yhteydessä)

oma tupakointi vaikutti oleellisesti heidän suhtautumiseensa työpaikoilla tupakointiin. Tupakoivat hoitajat ja lääkärit suhtautuivat huomattavasti sallivammin työpaikkatupakointiin.

Jatkossa on tärkeä ohjata, neuvoa ja kouluttaa työpaikkojen työsuojeluhenkilöstöä ja muitakin työntekijöitä tupakkalain muutoksista. Näyttää siltä, että tupakkalain toteutuminen erityisesti pientyöpaikoilla ja ravintoloissa edellyttää tiukemman työsuojeluvalvonnan ohella työterveyshenkilöstön paneutumista omien asiakkaidensa työtilojen tupakointiratkaisuihin. Tupakkalaki ja työturvallisuuslaki edellyttävät työpaikoilla ehdotonta puuttumista tilanteisiin, joissa työntekijät altistuvat vastentahtoisesti tupakansavulle. Näitä työpaikkoja on maassamme vielä tuhansia. □

Kari Reijula, Työterveyslaitos
(09) 4747 932, kari.reijula@occuphealth.fi

SUOMALAISTEN TUPAKOINTI SISÄLTÄÄ YHÄ HAASTEITA

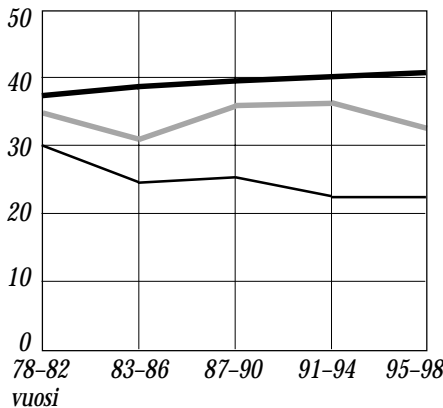
Suomalaisten tupakointitaso on tämän hetken eurooppalaisen mittapuun mukaan matala. Siitä huolimatta tupakointi on meilläkin edelleen suurin ehkäistävissä oleva terveysriski. Monista otetuista edistysaskelista huolimatta tulevaisuus tarjoaa uusia tupakoinnin vähentämishaasteita. Yksi näistä kumpuaa taloudellisen nousukauden mukanaan tuomasta tupakan reaalihinnan laskusta.

Johdonmukainen tupakoinninvastainen työ on Suomessa ainakin yhtä vanhaa kuin taistelu sepevaltimotaudin ehkäisemiseksi. Jo 1970-luvun alussa silloinen Mainos-TV päätti noudattaa Yhdysvalloista peräisin olevaa oppia olla mainostamatta tupakkaa. Vuonna 1977 säädetyssä tupakkalaissa kiellettiin kokonaan mm. kuluttajien kohdistuva tupakkamainonta, rajoitettiin tuotteen koostumusta ja pakkausta ja käyttöä julkisissa tiloissa, asetettiin 16 vuoden ostokäytön ja määrätin tupakkaveron terveyden edistämiskäytöstä.

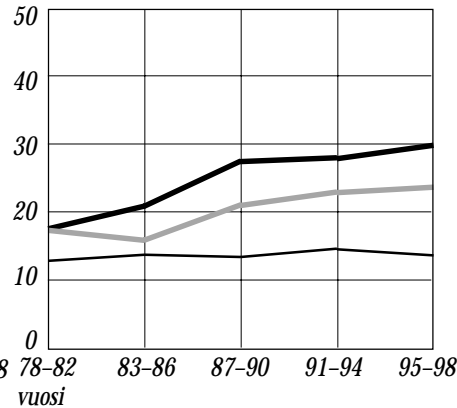
Päivittäin tupakoivien ikävakioidu osuus koulutuksen mukaan (25–64-vuotiaat) 1978–98

Koulutus — 0–9 vuotta — 10–12 vuotta — 13+ vuotta

Miehet %



Naiset %



Lakia uudistettaessa 1994 kiristettiin mainontakieltoa koskemaan muutakin myynninedistystä, nostettiin ostoikäraja 18 vuoteen, rajoitettiin työpaikka- ja koulutupakointia ja kiellettiin nuuskan käyttö. Uusimman tupakalain muutoksen kärki kohdistuu viimeiseen julkisen tupakoinnin vapaaseen vyöhykkeeseen – ravintolatupakointiin.

TUPAKOINNIN VASTAISTA TYÖTÄ

Tehty työ kokonaisuudessaan – ei vain lainsäädännön ansiosta – on kantanut hedelmää. Selvin voitto on saavutettu suomalaismiesten tupakoinnin hallinnassa. Se, että päivittäistupakointi on pudonnut 50–60 prosentin tasolta 30 prosenttiin, ei ole ollenkaan huono saavutus. Naistenkaan tupakointikehitys ei anna aihetta lohduttomuuteen: vaikka nousupainetta on ollut, taso ei ole noussut päälle 20 prosentin. Esimerkiksi suhteessa eteläisiin ja läntisiin naapureihinsa suomalaisnaiset pärjäävät hienosti.

NUORTEN TUPAKOINTI MONIONGELMAISTA

Itsetietä ja huolta on Suomessa jo pitkään herättänyt se suuri epäsuhta, joka havaitaan tarkasteltaessa nuorten suomalaisten tupakointia esimerkiksi 15- ja 25-vuotiaana. Teini-ikäisten suomalaisten tupakointi on vuodesta toiseen Euroopan huippua, nuorten aikuisten taas on hyvin hallinnassa.

Nuorten aikainen tupakoinnin aloitus, jossa tytöt ovat alkaneet myös kiihkeästi aikaisempaa enemmän, liittyy suomalaisyhteiskunnan suureen murrokseen. Kun perheen molemmat huoltajat ovat palkkatyössä kodin ulkopuolella ja kun yksinhuoltajuus lisääntyy, varhaisnuoret jäävät helpommin vaille vanhempien valvontaa. Samanaikaisesti tapahtunut muutto kaupunkieihin on johtanut kyläkulttuurin tiukkojen kontrollinormien löystymiseen. Lisääntyvä hyvinvointi on nostanut myös nuorten elintasoja. Eikä siinä kaikki: tupakoinnin leviämiseen nuoriin naisiin on muitakin syitä. Tupakointi kiehtoo myös ulkonäkösyistä. Laihuutta korostava kauneusnormi sitoo ja tupakointi auttaa ruumiin muokkauksessa sen mukaisesti. Tästä tutkimukset osoittavat, että tupakointi – osittain myös satunnaistupakointi – houkuttelee niitäkin nuoria naisia, jotka muuten elävät terveellisesti.

HUOMIO VÄHÄN KOULUTETTUIHIN

Ei kuitenkaan sovi unohtaa, että tupakointi on Suomessa edelleen miehen elämäntapa. Miesten tupakointia voi hyvästä syystä pitää harvemmin itse valittuna tottumuksena kuin naisten – miehillä tupakointi on naisia useammin osa yleisestä sairauksien altistavasta elämäntavasta. Kun miesten sinänsä ilahduttavaa tupakointikehitystä tarkastellaan koulutusryhmäkohtaisesti, tupakoinnin laskun aiheuttajaksi huomataan hyvin koulutetut miehet. Erityistä huomiota tulisi siis kiinnittää alemmille koulutustasolle – vain peruskoulun tai vastaavan käyneisiin. Myös naisilla esiintyy vastaavataipainen tupakoinnin koulutusgradientti. Aluetarastelu puolestaan tuo esille mm. teollistuneiden alueiden naisten muuta Suomea korkeamman tason.

Vaikka voidaan tyytyväisenä todeta, ettei nuorison kiirehtiminen tupakoinnin aloittamisessa välttämättä johda tupakoinnin yleistymiseen uusissa kohorteissa, lieene juuri nyt syytä keskittää voimavaroja tupakoinnin yleistymisen ehkäisyyn. Muuten saatetaan joutua syrjään siltä kaidalta polulta, jota jo kotvan on matkattu ja jonka tienviittana ovat työikäisten suomalaisten vähenevä sydän- ja verisuonitautikuolleisuus sekä hallinnassa pysyvät syöpäkuolemat. □

Antti Uutela, KTL

(09) 4744 8619, antti.uutela@ktl.fi

TUPAKKA NAPPAA KOUKKUUNSA – FARMAKOLOGIAA JA TOKSIKOLOGIAA

Nikotiini lieene eniten riippuvuutta aiheuttava aine maailmassa. Vain muutama prosentti koukkuun jääneistä pystyy siitä omin voimin irtautumaan, vaikka yli 80 prosenttia haluaisi. Riippuvuudesta aiheutuu myös se, että lopettaneista sangen moni aloittaa uudestaan.

Riippuvuus johtuu kahdesta asiasta. Positiivinen vahvistamismekanismi (reinforce-

ment) toistuu parisataa kertaa päivässä. Nikotiini pääsee nimittäin keuhkoista aivoihin noin seitsemässä sekunnissa, jolloin jokainen henkoinen aiheuttaa oman farmakologisen vaikutuksensa mm. Nucleus accumbensin ”palkkiosysteemiin”. Siitä tulee kymmenen tai enemmän vahvistuksia savuketta kohti, ja kahdenkymmenen savukkeen polttajalle siis parisataa. Toisaalta polttamaan tottuneella seuraa nikotiinipitoisuuden vähentyessä epämiellyttävä olo, josta seuraa negatiivinen vahvistuminen, halu välttää vieroitusoireita. Tätä negatiivista vahvistumista voidaan vähentää mm. nikotiinipurukilla tai -laastarilla, jotka eivät aiheuta positiivisen vahvistumisen edellyttämiä suuria pitoisuuspiikkejä, mutta riittävät pitämään vieroitusoireet poissa.

TUPAKAN SATUNNAISKÄYTTÖ EI MAHDOLLISTA

Harvat tupakoijat pystyvät pitämään savukemääränsä niin pienenä, ettei riippuvuutta syntyisi. Sen välttäminen edellyttäisi yleensä alle viiden savukkeen määrää päivässä. Siten samanlainen satunnaiskäyttö, joka on tyyppillistä alkoholille, ei ole tavallista tupakan kohdalla. Kevyt savukkeet eivät mainittavasti vähennä nikotiinialtistusta, koska savukkeen noin 10 milligrammasta pääsee elimistöön noin 1 mg, ja tätä määrää pystyy tupakointitekniikalla säättämään. Siten savukkeen ilmatus ja muut tekniikat, joilla pystytään lisäämään nikotiinin palamista ja hämäämään testauskone, eivät pysty huijaamaan tupakoijaa.

Nikotiinin akuutit vaikutukset tunnetaan erittäin hyvin. Se pääsee liikkumaan elimistössä varsin esteettä. Se vaikuttaa sekä keskushermostossa että periferiassa kolinergisiin nikotiinireseptoreihin, joita on useita eri tyyppisiä. Koska kolinergisia reseptoreita on monissa paikoissa ja monilla tasoilla, vaikutukset ovat mutkikkaita ja ennustamattomia, ja ne saattavat olla eri tilanteissa ja eri suurien annosten jälkeen vastakkaisia. Klassillinen esimerkki on sydämen syke, joka saattaa nopeutua sympaattisten hermojen ganglioiden stimulaation tai parasympaattisten ganglioiden lamaantumisen takia, tai se voi hidastua parasympaattisten ganglioiden stimulaation tai sympaattisten ganglioiden lamaantumisen takia. Saattavatpa siihen vielä vaikuttaa etäämpäkin tulevat refleksit, esimerkiksi vaikutukset karotissolmukkeiden kemoreseptoreihin, ydinjatkoksen keskuksiin tai lisämunuaisen adrenaliinia erittäviin soluihin.

MYRKYTYKSIÄ

TUPAKKATUOTTEISTA

Suurten annosten vaikutus on aluksi kolinergisten reseptorien stimulaatio ja pitoisuuden noustessa lamaantuminen depolarisaation takia. Tästä aiheutuu nopeasti pahoinvointi, kolinergisen stimulaation oireet kuten voimakas syljen erityys, oksennukset, ripuli, vatsakivut, sitten näön hämärtyminen, adrenergisiä oireita kuten kylmä hiki, lopulta mahdollisesti kouristuksia ja kuolema hengityslamaan. Nikotiini on melkein täysin hylätty hyönteismyrkkyinä suuren akuutin myrkyllisyytensä takia.

jatkuu sivulla 9

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET

A-INFLUENSSA LAANTUMASSA

Meillä Suomessa influenssa A -virusepidemia on hiljalleen laantumassa. Helmikuussa valtakunnalliseen tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin 582 laboratoriovarmistettua influenssa A -virus-tapausta. Helmikuussa ilmaantuvuus oli suurinta Kanta-Hämeen ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiireissä (44 ja 47 tapausta 10 000 henkilövuotta kohden), kun koko maan vastaava luku oli 15. Helmikuun lopusta maaliskuuhun siirryttäessä tapausmäärät ovat niin Suomessa kuin lukuisissa muissa Euroopan maissa (muun muassa Unkarissa, Saksassa, Hollannissa ja Tanskassa) kääntyneet laskuun. Tarkempia tietoja influenssan epidemiologisesta tilanteesta saa osoitteesta <http://www.ktl.fi/flu>.

EHEC: IÄ

JOKA KUUKAUSI

Vuoden alkupuolella EHEC-infektioita on todettu tasaiseen tahtiin joka kuukausi. Helmikuussa viljelyvarmistettuja tapauksia oli kolme. Maaliskuussa tahti on kiihtynyt ja mikrobiologisesti (viljelyllä) varmistettuja tapauksia

on toistaiseksi seitsemän. Nämä henkilöt kuuluvat kahteen perheeseen, joissa on tapahtunut perheen sisäisiä sekundaaritartuntoja. Tämä on EHEC-infektioille tyypillistä, sillä bakteerin infektoiva annos on hyvin pieni. On arvioitu, että jopa alle kymmenen bakteeria riittää aiheuttamaan kliinisen taudin. Näiden tapausten lisäksi yhden veriripulovan lapsen ja hänen sisaruksensa ulostenäytteet ovat olleet PCR-tutkimuksessa positiiviset, mutta jääneet viljelyssä negatiivisiksi. Sairaalahoidossa on edellisten lisäksi ollut HUS-oireiston vuoksi kaksi lasta, joiden ulosteviljelyt ovat olleet negatiiviset. Näin onkin usein laita, sillä infektoituneista vain 30 prosenttia erittää bakteereita ulosteeseen oireiden alusta vielä kuuden vuorokauden kuluksi. Nyt todettujen tapausten välillä ei ole löydetty yhteyttä ja yksittäisten primaaritapausten kohdalla tartunnan alkuperän selvittäminen on vielä kesken.

ROTAVIRUSTA LISÄÄ, MYYRÄKUUME HELLITTÄÄ

Laboratorioiden tekemät ilmoitukset rotavirussyödyksistä ovat olleet nou-

susuuntaiset vuodenvaihteesta asti. Tammikuussa valtakunnalliseen tartuntatautirekisteriin tehtiin 99 ja helmikuussa 107 ilmoitusta. Uudenmaan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien lisäksi tapauksia on ilmoitettu muita runsaammin Kainuun sairaanhoitopiiristä. Siellä ilmaantuvuus on 16 tapausta 10 000 henkilövuotta koti, kun vastaava luku koko maassa on kolme.

Helmikuussa tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin yhdeksän vakavaa *Neisseria meningitidis* -infektiota. Tyypitetyistä kannoista neljä kuului seroryhmään B, kaksi ryhmään Y ja yksi C-ryhmään. Potilaista nuorin oli yhdeksänkuukautinen ja vanhin 51-vuotias. Kolme potilaista menehtyi infektiin.

Koko talven jatkunut myyräkuumeaalto hellittää jo. Helmikuussa valtakunnalliseen tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin 139 myyräkuumetapausta (tammikuussa 263), joista edelleen suurin osa Savosta. □

Maarit Kokki, KTL

(09) 4744 8690, maarit.kokki@ktl.fi

TULPPAANINÄYTTELYSTÄ LEGIONELLAA

Kevään myötä ajatukset siirtyvät puutarhaan ja sen kukkaloiston uudistamiseen. Yksi kevätmatka-kohteista voi olla Hollannin suuret kukkanäyttelyt. Näin turvalliselta vaikuttava matkakohde voi kuitenkin sisältää infektioriskin!

Helmikuun 19. päivänä hollantilaisessa Bovenkarspelin kaupungissa (noin 50 km Amsterdamista pohjoiseen) avattiin viikon kestävä vuosittainen kukkanäyttely, jonka kävijämääräksi arvioitiin noin 80 000. Vajaan kahden viikon kulluttua näyttelyn päättymisestä Hollannissa todettiin legionella-keuhkokuumeiden määrän lisääntyneen ja usean henkilön menehtyneen kyseiseen tautiin. Potilaiden haastattelun perusteella yhteiseksi tekijäksi todettiin vierailu kyseisessä kukkanäyttelyssä.

Asiasta tiedotettiin kansallisesti perjantaina 13. maaliskuuta ja kansainvälinen tiedustelu kaikkien kyseiseen tapahtumaan liittyvien legionelloosiin sairastuneiden löytämiseksi tehtiin viikonlopun aikana. Tiistaihin 16. maaliskuuta mennessä Hollannissa oli todettu 34 varmaa legionelloosiin sairastunutta, joista neljä kuollutta. Näiden lisäksi todennäköisesti sairastuneita oli 125, joista menehtyneitä kahdeksan. Muista maista ei ilmoituksia ollut tullut. Hollannissa on parhaillaan menossa tapaus-verrokkitutkimus tartunnanlähteen löytämiseksi; mahdollisina pidetään alueella olleita suihkulähteitä ja näyttelyvieraille esiteltyjä porealtaita. Kaikista alueelle kukkanäyttelyä varten rakennetuista vesilähteistä on otettu mikrobiologisia näytteitä.

Tässä tapauksessa kysymyksessä oli suuri määrä altistuneita, joista osa todennäköisesti Hollannin ulkopuolisista maista. Legionelloosiin itämisai-ka vaihtelee kahdesta päivästä vajaaseen kahteen viikkoon ja tautiin liittyy kuolleisuutta. Näistä seikoista johtuen tässä tapauksessa toteutunut nopeampi, järjestäytynyt tiedonkulku maiden välillä aina kliinikkotasolle saakka olisi erittäin tärkeää. Tämän suhteen toiveet kohdistuvatkin EU:n synnyttämisen vaiheessa olevaan tartuntatautien seurantaverkostoon. □

Maarit Kokki, KTL

(09) 4744 8690, maarit.kokki@ktl.fi

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET / VALTAKUNNALLINEN TARTUNTATAUTIREKISTERI
 RAPPORTERADE MIKROBFYND / RIKSOMFATTANDE REGISTER ÖVER SMITTSAMMA SJUKDOMAR

	<i>Lokakuu</i> <i>Oktober</i> 1998 1997	<i>Marraskuu</i> <i>November</i> 1998 1997	<i>Joulukuu</i> <i>December</i> 1998 1997	<i>Yhteensä **</i> <i>Totalt</i> 1998 1997	<i>Tammikuu</i> <i>Januari</i> 1999 1998	<i>Helmikuu</i> <i>Februari</i> 1999 1998
HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER						
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	16 38	14 31	9 24	188 351	17 23	8 18
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	33 23	48 15	29 23	251 224	19 34	7 18
Pertussis	94 61	124 50	125 41	832 606	79 46	47 37
Adenovirus	24 66	29 61	31 45	412 671	36 52	62 53
Influenssa A -virus	0 0	0 1	9 0	914 315	227 34	582 497
Influenssa B -virus	0 1	0 0	5 0	15 229	32 1	46 4
Parainfluenssavirus	24 9	39 16	50 17	223 237	18 11	15 15
RSV (respiratory syncytial virus)	10 78	4 272	8 768	586 1 953	52 332	93 151
SUOLISTOPATOGEENIT / TARMPATOGENER						
Salmonella	260 209	238 175	167 271	2 735 2 885	141 223	109 184
Shigella	10 5	7 4	7 7	86 103	7 8	1 4
Yersinia	61 42	94 31	50 36	713 704	40 43	39 34
Kampylo	308 200	268 138	211 110	2 938 2 404	202 127	135 82
EHEC	5 3	0 2	0 5	44 62	0 15	3 2
Kalikivirus	17 -	3 -	27 -	150 -	30 15	38 7
Rotavirus	5 20	23 65	55 112	1 373 1 112	99 186	107 177
Giardia	21 28	23 27	19 16	296 333	20 21	29 17
Ameba (<i>E.histolytica</i>)	7 11	12 15	8 9	113 164	8 8	8 6
HEPATIITTIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER						
Hepatitis A -virus	7 16	14 8	5 5	99 143	5 5	5 1
Hepatitis B -virus	35 56	43 31	29 40	467 588	34 50	31 52
Hepatitis C -virus	135 188	136 133	103 159	1 664 1 893	101 161	126 146
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER						
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	1 007 863	892 822	906 774	10 654 9 651	846 906	780 777
HI-virus	7 8	10 6	8 3	80 71	7 8	11 4
Gonokokki	18 18	16 12	19 15	222 185	8 22	16 22
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	14 16	11 15	16 8	177 152	14 15	7 13
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND						
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	36 55	46 42	56 87	561 589	53 38	54 53
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	6 8	13 6	9 6	105 81	13 7	6 10
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	13 16	17 3	13 12	151 140	6 11	8 6
Meningokokki	3 3	5 1	5 4	52 46	6 10	9 2
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER						
Enterokokit (VRE)	6 18	4 6	4 5	53 148	7 2	3 1
MRSA	17 11	17 15	17 17	188 120	14 17	12 14
Pneumokokki (PenR)	4 12	4 13	9 10	62 146	5 4	13 4
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER						
Borrelia*	74 78	56 48	25 30	457 538	23 23	17 19
Tularemia	28 7	4 2	1 2	117 109	1 0	0 1
Tuberkuloosi (<i>M. tuberculosis</i>)	36 34	33 29	32 31	485 442	28 51	7 40
Echovirus	6 4	0 2	0 3	10 39	1 1	0 0
Enterovirus	1 17	6 9	3 5	30 71	2 6	3 3
Parvovirus	4 2	13 3	10 2	75 53	21 3	14 4
Puumalavirus	149 73	295 96	362 152	1 305 758	263 87	139 44
Malaria	7 4	3 2	3 4	37 57	4 4	2 2

* Sis./inkl. *B. burgdorferi*, *B. garinii*, *B. afzelii*

** Yhteensä = tapaukset vuoden alusta joulukuun loppuun

BOTULISMI EU-MAISSA

Botulismi on useimmissa korkean elintason maissa hyvin harvinainen. Yleensä se on säilykkeiden välityksellä leviävä ruokamyrkytys. Suomessa viimeinen viranomaisten tietoon tullut botulismitapaus sattui vuonna 1981. Siinä kaksi saksalaista turistia sairastui Pohjois-Suomessa lomamatkallaan ja sai halvausoireita kotimaasta tuomaansa lihasäilykettä syötyään.

Vaikka botulismi ei missään Euroopan maassa ole merkittävä terveysongelma, sen seurantaan mm. EU-viranomaiset ovat viime aikoina kiinnittäneet kasvavaa huomiota. Syynä voi olla huoli siitä, että kun tautia ei riittävästi tunneta, voi tapauksista osa jäädä toteamatta. EU-maiden välisen elintarvikekaupan monipuolistuminen ja uudet säilöntätavat saattavat nekin lisätä riskitilanteita huomaamatta.

EU-alueen botulismitilanteen kartoittamiseksi EUROSURVEILLANCE-lehti teki lokakuussa 1998 kyselyn, johon osallistui 14 maata, niiden joukossa Suomi. Kysely osoitettiin maiden kansallisille tartuntatautien seurantaviranomaisille tai botulismia tutkiville referenssilaboratorioille. Siinä kerättiin tietoja taudin ilmoitusmenettelystä, tapausten määristä 1980-luvulta lähtien, epidemioista ja tapausrypäistä, laboratoriolöydöksistä sekä tautia välittäneistä elintarvikkeista.

TAPAUSMÄÄRITYS

Portugalia lukuun ottamatta kaikissa kyselyyn osallistuneissa maissa botulismi oli ilmoitusvelvollisuuden alainen tartuntatauti. Ilmoitusvelvollisuus oli eräissä maissa ollut voimassa vuosikymmeniä, joissain maissa, mm. Suomessa, vasta 1990-luvulta lähtien.

Botulismitapauksen hyväksyminen tautirekisteriin edellyttää, että taudin diagnoosi on varmistettu. Mikrobiologiseksi näytöksi riittää yleensä botulinumtoksiinin löytyminen potilaan seerumista ym. kliinisistä näytteistä ja/ tai epäilystä elintarvikkeesta.

Tiedonkeruutavat vaihtelevat Euroopassa. Useat maat, joissa tautitapauksia on vuosittain, ilmoittavat ne omalla ilmoituslomakkeella. Muissa maissa käytetään muita tartuntatauteja varten laadittuja lomakkeita. Suomessa jokaisesta botulismiepäilystä olisi tehtävä ruokamyrkytyspäilyilmoitus Kansanterveyslaitokseen heti kun epäily herää. Diagnoosin varmennuttua epäilyilmoitus täydenneen tauti-ilmoituksella.

Kaikissa tapauksissa, missä tapaus tai tapausryvä viittaa mahdollisuuteen, että tautia levittää kaupan oleva elintarvike, johtaa ilmoitus elintarvikkeen myyntiä selvittävään tutkimukseen ja usein elintarvike-erän takavarikointiin.

ILMAANTUVUUS

EUROOPASSA 1988–97

Kymmenvuotiskautena Euroopassa ilmoitettiin yhteensä noin tuhat botulismitapausta. Tarkkaa lukua ei kyselyssä saatu, koska eräät maat antoivat tiedot vain tautirypäistä eikä yksittäisistä tapauksista. Eniten tapauksia ja tautirypäitä oli Italiassa (412/30), Saksassa (177), Espanjassa (92/21) ja Ranskassa (n. 80). Neljä maata (Belgia, Tanska, Iso-Britannia ja Ruotsi) ilmoitti kukin vain muutamia tapauksia ja pari epidemioita, neljä maata (Itävalta, Suomi, Kreikka ja Hollanti) ilmoitti 0 tapausta koko kymmenvuotiskautena. Kaksi maata ei vastannut kysymykseen.

Ilmaantuvuuslukujen perusteella ei voi vetää varmoja johtopäätöksiä siitä, vaihtelee botulismien ilmaantuvuus todella näin voimakkaasti eri Euroopan maissa. Kuitenkin tuntuisi siltä, että Iso-Britanniassa ja Pohjoismaissa botulismia olisi vähemmän kuin Etelä-Euroopassa. Toisaalta maissa, joissa lääkärit tuntevat taudin hyvin (esim. Italia), voi ilmoituksia tulla enemmän kuin siellä, missä jokainen tapaus on harvinainen yllätys.

Tautirypäät ovat lähes kaikissa EU-maissa olleet pieniä. Suurin (27 tapausta v. 1989) liittyi Iso-Britanniassa pähkinätahnalla maustetun jogurtin syöntiin. Keski- ja Etelä-Euroopassa on ollut muutama 4–11 tapauksen ryvä.

Maakohtaisia selvityksiä oli saatu Italiasta, Iso-Britanniasta ja Norjasta (huom. ei ole EU-maa, siksi ei mukana em. tilastoluvuissa). Italiassa oli vuosina 1989–93 yhteensä 176 tapausta ja vuosina 1994–98 184 tapausta. Yksistään vuonna 1996 raportoitiin 56 tapausta. Italian tapauksista 65 prosenttia sai alkunsa kotona valmistetuista, öljyn tai veteen säilötyistä vihanneksista (sienet, munakoiso) tai kotona valmistetuista lihatuotteista (kinkku, makkarat). Teollisuussäilykkeistä mainittiin tonnikala, mascarpone-juusto ja vihannekset. Iso-Britannian matalien ilmaantuvuuslukujen selityksenä pidetään pakastamisen yleisyyttä liha-, kala- ja vihanneksien valmistuksessa ja varastoinnissa. Norjassa botulismia levittää joulun seudulla tarjottava kalaherkku "rakefisk". Vuosien 1975 ja 1997 välillä raportoitiin Norjassa 10 "rakefiskin" aiheuttamaa perheryvästä (22 henkilöä), niistä viimeinen (3 tapausta) vuonna 1997.

BOTULISMI 1997

Kyselyssä oli pyydetty tarkempia tietoja viimeisestä seurantavuodesta eli vuodesta 1997. Tapauksia raportoitiin EU-maissa yhteensä 70. Niistä laboratoriossa oli varmistettu toksiinityyppi 63:sta (Italia 32, Ranska 17, Saksa 7 ja Espanja 7). Vallitseva oli tyyppi B, jota oli Italian kannoista 18/32 ja Ranskan kannoista 13/17. Toksiinityyppeä A oli kuusi tapausta ja tyyppiä E neljä tapausta. Toksiinityypit A ja B aiheuttivat myrkytyksiä vihanneksien

lihasäilykkeissä, tyyppi E simpukka- ja kalasäilykkeissä. Säilykkeet oli valmistettu kotona tai perheytyksessä 24 tapauksessa ja teollisuusyrityksessä kuudessa tapauksessa.

VAUVABOTULISMI

Vauvabotulismia esiintyy Euroopassa yksittäisinä tapauksina maissa, missä ruokaperäinen botulismi on yleisempää kuin muualla. Viimeinen tapaus Pohjoismaissa oli Norjassa 1998. Italiassa on vuodesta 1984 lähtien raportoitu yhteensä 13 vauvaikäisen botulismitapausta. Kaikissa tapauksissa oireena oli aluksi ummetus, jota seurasivat usein vaikeat neurologiset oireet. Vauvabotulismi on liitetty hunajan syöttämiseen vauvoille.

HAAVABOTULISMI

Haavabotulismia tavataan mm. Yhdysvalloissa suonensisäisiä huumeita käyttävillä. Euroopassa se on ollut hyvin harvinainen. Norjassa 1997 oli kolme haavabotulismitapausta heroinin käyttäjillä.

BOTULISMI SUOMESSA

– RUNSAASTI ITIÖITÄ

LUONNONVESISSÄ

Maassamme todennäköisin tavattava *Clostridium botulinum*-serotyyppi on non-proteolyttinen tyyppi E, joka Helsingin yliopiston elintarvike- ja ympäristöhygienian laitoksella tehdyn tutkimuksen mukaan on erittäin yleinen suomalaisissa vesistöissä. Itämerestä otetuista näytteistä 80 prosentissa esiintyi tyyppi E itiötä, makean veden näytteistä 60 prosenttia oli positiivisia. Siten huomattava osa Suomessa pyydetystä kalasta voi jo pyyntihetkellä olla kontaminoitunut *C. botulinum*-itiöillä. Saman tutkimusryhmän mukaan myynnissä olevista silakoista 40 prosenttia, lohesta 20 prosenttia ja siasta 18 prosenttia sisälsi E-tyypin itiöitä. Edelleen mätä sisälsi kalalajista riippuen tyyppi E itiöitä 4–14 prosenttia. Botulismien aiheuttavaa toksiinia syntyy elintarvikkeessa bakteerin kasvuvaiheen aikana, jonka edellytyksenä on elintarvikkeen säilyttäminen yli 3 °C:n lämpötilassa hapettomissa olosuhteissa. Siten tuoreen kalan botulismiriski on minimaalinen.

Joidenkin kalavalmisteiden valmistus- ja pakkausprosessit mahdollistavat kuitenkin bakteerin kasvun ja toksiinin tuotannon. Riskin muodostavat lähinnä tyhjiöpakatut lämminsavustetut kalavalmisteet. Lämminsavustuksessa käytetyt kypsennyslämpötilat tuhoavat kalan kilpailevan pilaajabakteeriston, mutta ovat usein riittämättömiä tuhoamaan raakakalassa esiintyvät *C. botulinum*-itiöt. Tyhjiöpakkaaminen suosii hapettomissa oloissa viihtyvän *C. botulinum*in kasvua. Tyhjiöpakattujen tuotteiden säilyvyysajat ovat kuitenkin huomattavasti pitempiä kuin ilmapakattujen, ja säilytyslämpötilat kauppojen myyntitiskieillä ylittävät usein 3 °C, mikä mahdollistaa botulinumtoksiinin tuotannon. Tutkimuksen mukaan

maassamme myytävistä tyhjiöpakatuista lämminsavukalavalmisteista kalalajista riippuen 2–10 prosenttia sisälsi *C. botulinum* tyyppi E:n itiöitä.

Mualla maailmassa on kuvattu lukuisia kotitekoisten vihannes- ja lihasäilykkeiden aiheuttamia botulismitapauksia. Näissä tuotteissa yleisimmin esiintyvien serotyyppien A ja proteolyytinen B esiintyvyyttä Suomen maaperässä ei ole tutkittu. Muualla maailmassa imeväisikäisten botulismin vehikkeliksi on osoitettu etupäässä hunaja, mutta Suomessa sitä ei ole toistaiseksi tutkittu *C. botulinum*-itiöiden varalta.

Koska *C. botulinum* on yleinen, kaikkialla maaperässä esiintyvä bakteeri, on oletettavaa, että sitä esiintyy raaoissa elintarvikkeissa. Markkinoille on tullut uusia elintarvikkeita, joiden valmistuksessa käytetään alhaisia prosessointilämpötiloja tuotteen aistinvaraisten ominaisuuksien säilyttämiseksi. Tällaisten tuotteiden pakkaamisessa käytetään usein suojakaasu- ja tyhjiöpakkausmenetelmiä, jotta tuotteen säilyvyysaikaa saataisiin pidennetyksi. Näiden tuotteiden turvallisuus perustuu niiden jatkuvaan säilyttämiseen alle 3 °C:n lämpötilassa. Koska kylmäketju harvoin pystytään ylläpitämään koko tuotteen säilytysajan, näihin tuotteisiin saattaa liittyä botulismiriski.

Suomessa valmistetun elintarvikkeen on todettu vain kerran aiheuttaneen botulismiepidemian, ei kuitenkaan Suomessa, vaan Saksassa (Kansanterveys 3/1997). On kuitenkin epäselvää, voisivat hyvin alhaiset toksiinipitoisuudet aiheuttaa ihmiselle vain lieviä oireita niin, että varsinaiset botulismille tyypilliset halvausoireet puuttuvat. □

Matti Jähkola, KTL
(09) 4744 8234, matti.jahkola@ktl.fi

Miia Lindström, Helsingin yliopisto,
Elintarvike- ja ympäristöhygienian laitos
(09) 7084 9703, miia.lindstrom@helsinki.fi

Hannu Korkeala, Helsingin yliopisto,
Elintarvike- ja ympäristöhygienian laitos
(09) 7084 9702, hannu.korkeala@helsinki.fi

Viite:
Eurosurveillance 1999; 1: 1–12.
<http://www.ceses.org/eurosurv>.

MATKAILU JA TERVEYS TARTUNTATAUTISEMINAARI 17.–18.5.1999

Helsingin yliopiston Pieni juhlasali, Helsinki

Järjestäjät:

Kansanterveyslaitos ja Helsingin yliopiston Aikuiskoulutuskeskus

Osallistujat:

Tartuntataudeista vastaavat terveyskeskuslääkärit ja hoitajat, rokotuspoliklinikoiden henkilökunta, työterveydenhuollossa toimivat sekä muut aiheesta kiinnostuneet.

Osanottomaksu:

Osanottomaksu on 800 markkaa, johon sisältyy seminaarin ohjelma, mahdollinen oheismateriaali sekä kahvit. Sosiaali- ja terveysministeriö osallistuu seminaarin järjestelykustannuksiin.

Ilmoittautuminen:

Maanantaihin 3.5.1999 mennessä kirjallisesti osoitteella
Helsingin yliopiston Aikuiskoulutuskeskus,
Helsingin toimipiste/Marianne Salama,
PL 12 (Vuorikatu 20), 00014 Helsingin yliopisto.
Faksi (09) 1912 3692.

Ilmoittautumisaajan päättymisen jälkeen tehdyistä peruutuksista veloitamme peruutusmaksuna 20 prosenttia osanottomaksusta ja 1–7 päivää ennen tilaisuutta tehdyistä peruutuksista 50 prosenttia osanottomaksusta. Mikäli ilmoittautunut jää saapumatta seminaariin ilman peruutusilmoitusta, veloitamme koko osanottomaksun.

Näyttely:

Seminaarin osallistujilla on mahdollisuus tutustua samanaikaisesti järjestettävään aihepiiriin liittyvään näyttelyyn.

Erikoistumiskoulutus:

Seminaari anotaan teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi soveltuville erikoisaloille.

Esitilaukset ja tiedustelut:

Koulutussuunnittelija Ulla Aaltonen,
puhelin (09) 1912 3643, ulla.aaltonen@helsinki.fi
ja osastosihteeri Marianne Salama,
puhelin (09) 1912 3528, marianne.salama@helsinki.fi,
Helsingin yliopiston Aikuiskoulutuskeskus.

" TERVEYTTÄ YHDESSÄ "

Terveyttä Kaikille 21 -ohjelman avoin valmisteluseminaari

Aika:

4.5.1999 klo 11.30–17

Paikka:

Kokous- ja kongressikeskus Paasitorni, juhlasali, Paasivuorenkatu 5 A, 00530 Helsinki

Tarkoitus:

Ensi vuosituhatosen kahdelle ensimmäiselle vuosikymmenelle suuntautuvaa terveyspoliittista ohjelmaa koskeva keskustelu ja valmistelun esittely.

Kohderyhmä:

Terveyden edistämisen ja terveyspolitiikan parissa toimivat sosiaali- ja terveysalan ja muidenkin terveyteen vaikuttavien alojen ammattilaiset. Käytännön työssä ja hallinnossa, järjestöissä ja omassa lähipiirissään terveydestä ja sen edistämisestä kiinnostuneet henkilöt.

Seminaari on maksuton.

Ilmoittautuminen:

27.4.1999 mennessä Seija Perttulalle sosiaali- ja terveysministeriöön, seija.perttula@stm.vn.fi, faksi (09) 160 4144, puhelin (09) 160 4029, postiosoite Seija Perttula, STM/EHO, PL 197, 00531 Helsinki.

Seminaarin ohjelma on saatavissa Seija Perttulta.

Osa seminaarin taustamateriaaleista on 19.4.1999 alkaen tarkasteltavissa Internetissä, sosiaali- ja terveysministeriön kotisivulla osoitteessa <http://www.vn.fi/stm/suomi/eho/ktnk/>. Taustamateriaaleja voitte pyytää myös ilmoittautumisen yhteydessä, mikäli teillä ei ole mahdollisuutta käyttää Internetiä.

Lapset voivat saada myrkytyksen myös tupakkatuotteita pureskelemalla.

Nikotiiniriippuvuuden aiheuttama tupakan säännöllinen käyttö tuottaa massiivisen altistuksen tuhansille tupakansavun aineille. Keskeisimpänä vaikutuksena on pitkään pidetty karsinogeenisuutta, joka perustuu sekä initiaatioon eli syöpäsoluja tuottaviin mutaatioihin että promootioon eli initioitujen syöpäsolujen kasvun stimuloimiseen. On epäselvää, kumpi vaikutus on tärkeämpi, mutta voimakkaasti synergistinen vaikutus radonin kanssa viittaa siihen, että tupakansavun promootiovaikutus on voimakas ja radonin aiheuttama initiaatio vahvistuu moninkertaisesti. Tällä on tärkeä käytännön merkitys, koska promootion loppuminen vähentää syöpäriskiä olennaisesti missä vaiheessa tahansa. Tupakoinnin lopettaminen pitkänkin tupakoinnin jälkeen siis kannattaa.

HIILIVEDYT TÄRKEITÄ

Tupakansavussa on kuitenkin myös selvästi genotoksisia eli syöpäsolumutaatioita synnyttäviä aineita. Näiden joukossa bentso (a)pyreeni on parhaiten tunnettu, mutta tärkeämpiä genotoksisia aineita saattavat olla nitrosoamiinit ja eräät muut hiilivedyt. Vaikuttaa kuitenkin selvältä, että tupakan vahvojen syöpää aiheuttavien ominaisuuksien takana on ehkä suurikin joukko eri aineita, sekä initiaattoreita että promootoreita. Näiden yhteisvaikutuksena yli 90 prosenttia keuhkosyövästä ja noin 30 prosenttia kaikesta syövästä liittyy epidemiologisissa tutkimuksissa tupakointiin.

Sydän- ja verisuonitautien yleisyyden takia vieläkin suuremmat riskit aiheutuvat näiden lisääntymisestä, mikä on hyvin kiinnostavalla tavalla analoginen kaupunki-ilman pienten hiukkasten vaikutusten kanssa. Hiukkasalastuksen pitkäaikaisvaikutuksina lisääntyvät prosentteina sekä keuhkosyöpäkuolleisuus että sydänkuolleisuus suunnilleen yhtä paljon, mutta sydänkuolleisuuden perustason ollessa paljon suurempi. Näiden seikkojen mekanistinen selvitys on alan kiinnostavimpia ratkaistavia pulmia. Alkuaan tupakkaan liittyvän sydänkuolleisuuden riskejä pidettiin nikotiinista aiheutuvina, mutta tästä seikasta ei ehkä kannata olla enää kovinkaan varma, kun tupakansavussakin on runsaasti pieniä hiukkasia. □

Jouko Tuomisto, KTL
(017) 201 300, jouko.tuomisto@ktl.fi

TUPAKKARIIPPUUUS LIITTYY MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIHIN

Tupakointi on tärkein ehkäistävissä oleva sairauksia ja kuolemia aiheuttava tekijä. Tupakoinnin terveyshaitat ovat selvät ja tupakoinnin aiheuttamien haittojen vähentämiseen on kiinnitetty huomiota aina lainsäädäntöä myöten. Vähemmän on kuitenkin tullut esille tupakoinnin

PÄIHDERIIPPUUUDEN DIAGNOSTISET KRITERIT (DSM-IV)

Kemiallisten aineiden epätarkoituksenmukainen, kliinisesti merkittävään häiriöön tai kärsimykseen johtava käyttötapa, joka ilmenee vähintään kolmella seuraavista tavoista 12 kuukauden aikana:

1. Toleranssi, jota kuvaa kumpi tahansa seuraavista:

- I) tarve saada selvästi suurempia määriä aineita päihtymyksen tai halutun vaikutuksen saavuttamiseksi
- II) selvästi vähentynyt vaikutus käytettäessä jatkuvasti samaa määrää ainetta *Useimmat tupakoijat polttavat paketin päivässä tai enemmän ennen 25 vuoden ikää Heillä ei esiinny pahoinvointia, huimausta tai muita oireita suuresta nikotiinimäärästä huolimatta*

2. Vieroitusvaikeudet, joita kuvaa kumpi tahansa seuraavista:

- I) aineelle tyyppinen vieroitusoireyhtymä
- II) samaa tai samankaltaista ainetta käytetään vieroitusoireiden välttämiseksi *Aamutupakan välttämättömyys, tupakka heti savuttoman lennon jälkeen*

3. Ainetta käytetään usein suurempia määriä tai pidempiä jaksoja kuin oli tarkoitus

Useimmat tupakoijat eivät aio tupakoida viiden vuoden jälkeen, mutta käytännössä 70 prosenttia jatkaa tämän jälkeenkin

4. Jatkuvaa halua tai epäonnistuneita yrityksiä vähentää tai kontrolloida aineiden käyttöä

77 prosenttia tupakoivista on yrittänyt lopettaa, 55 prosenttia ei ole onnistunut toistuvista yrityksistä huolimatta, 5–10 prosenttia omin avuin lopettajista onnistuu siinä

5. Paljon aikaa kuluu aineen hankintaan, aineen käyttöön tai aineen vaikutuksista toipumiseen

Työskentelytilasta poistuminen tupakoimaan

6. Tärkeiden sosiaalisten, ammatillisten tai virkistystoimintojen lopettaminen tai vähentäminen aineen käytön vuoksi

Henkilö ei ota vastaan työtä siihen liittyvien tupakointirajoitusten vuoksi

7. Aineen käytön jatkaminen, vaikka käytön tiedetään jo aiheuttaneen tai pahentaneen pysyviä tai uusiutuvia fyysisiä tai psyykkisiä ongelmia

Useilla tupakoijilla on sydän- ja verenkiertoelimistön sairaus, obstruktiivinen keuhkosairaus tai mahahaava ja he jatkavat silti tupakointia

esiintyminen erityisryhmissä.

Mielenterveyden häiriöistä kärsivistä potilaista tupakoi yli puolet.

Kun tupakkariippuvuus (nikotiiniriippuvuus) esiintyy samanaikaisesti jonkin mielenterveyden häiriön tai muun päihteen käytön kanssa puhutaan komorbiditeetista eli samanaikaisdiagnooseista. Ongelmalliseksi tämän tekee se tosiasia, että vain 15 prosenttia tupakoivista mielenterveyden häiriöistä kärsivistä onnistuu lopettamaan tupakoinnin, kun vastaavasti 50 prosenttia henkilöistä, joilla ei ole todettu mielenterveyden häiriötä, onnistuu lopettamaan tupakoinnin.

TUPAKKARIIPPUUUS JA MASENNUS

Tupakointi on yleistä mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden keskuudessa. Tieteellisissä tutkimuksissa on todettu muun muassa, että hoitoa hakevista tupakoijista 25–40 prosentilla on aikaisemmin ollut vakavan masennustilan oirekuva. Tutkimusten mukaan aikaisemmin esiintynyt vakava masennustila uusiutuu kolmanneksella henkilöistä, jotka lopettavat tupakoimisen. Onkin esitetty, että tupakoinnin lopettamisen yhteydessä tulisi selvittää, onko henkilö kärsinyt masennuksesta, jolloin lopettamiseen tulisi liittää myös masennuksen hoitoon liittyvät interventiot, aina läkehoidon aloittamista myöten.

TUPAKKARIIPPUUUS JA SKITSOFRENIA

Skitsofrenia sairastavista potilaista nykykäsityksen mukaan tupakoi 50–90 prosenttia. Psykiatrisissa sairaaloissa tupakoivien potilaiden määrä on korkea. Tupakointi on potilaan saattava aloittaa tupakoinnin ensimmäisen sairaalahoidojaksonsa aikana, kun muiden potilaiden tupakointi on niin yleistä. Kliinisen kokemuksen perusteella kroonista skitsofrenia sairastavien potilaiden joukossa on runsaasti paljon polttavia. On mahdollista, ettei kyseessä ole pelkästään kahden häiriön samanaikainen esiintyminen, vaan nikotiinin vaikutukset saattavat vaikuttaa joihinkin skitsofrenialle tyyppisiin oireisiin siten, että potilaat kokevat sen myönteisesti. Asiaa tutkitaan.

TUPAKKARIIPPUUUS JA MUU PÄIHEIDEN KÄYTTÖ

Nykykäsityksen mukaan tupakointi on huomattavan yleistä (noin 80 %) hoitoon haakeutuneiden alkoholi-ongelmaisten (riippuvuus tai haitallinen käyttö) joukossa. Runsaasti tupakoivista 15–20 prosenttia kärsii myös alkoholi-riippuvuudesta tai alkoholin haitallisesta käytöstä. Tupakointi on huomattavan yleistä myös huumeita käyttävien joukossa. Tupakointi nikotiinin keskushermostovaiikutusten vuoksi voi lisätä todennäköisyyttä retkahtaa uudestaan kokaiinin käyttöön.

TUPAKOINTI

JA LÄÄKEAINEPITOISUUDET

Tupakointi indusoi CYP1A2-entsyymin toimintaa. Vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsiviä potilaita hoidetaan usein antidepressanteilla ja antipsykooteilla. Tällöin on kiinnitettävä huomiota erityisesti muun muassa klomipramiinin, maprotiliinin, olantsapiinin ja klotsapiinin käyttöön, sillä tupakoinnin lopettaminen voi merkittävästi nostaa lääkeainepitoisuutta veressä ja siten aiheuttaa potilaalle toksisia oireita.

Tupakointi tulisi ottaa huomioon muiden pähteiden käytöstä samoin kuin mielenterveyden häiriöstä kärsivien potilaiden hoitosuunnitelmaa laadittaessa yhtenä osakokonaisuutena. Tieteellisiä tutkimustuloksia tupakoinnin lopettamisesta ja siihen tarvittavista hoitomenetelmistä komorbiditeettipotilasryhmän osalta on niukasti. Kuitenkin tupakoinnin haitat (mm. lisääntynyt syöpäriski) kohdistuvat samalla tavalla mielenterveyden häiriöstä kärsivään potilaaseen kuin väestöön yleensä. □

Kimmo Kuoppasalmi, KTL

(09) 4744 8701, kimmo.kuoppasalmi@ktl.fi

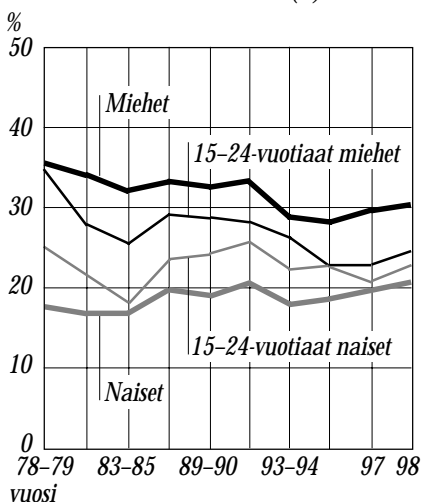
Viite: American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 153:10 (suppl):1-31.

AIKUISVÄESTÖN TERVEYSKÄYTTÄYTYMIS- SEURANTA JA TUPAKOINTI

SAMA TASO SÄILYY

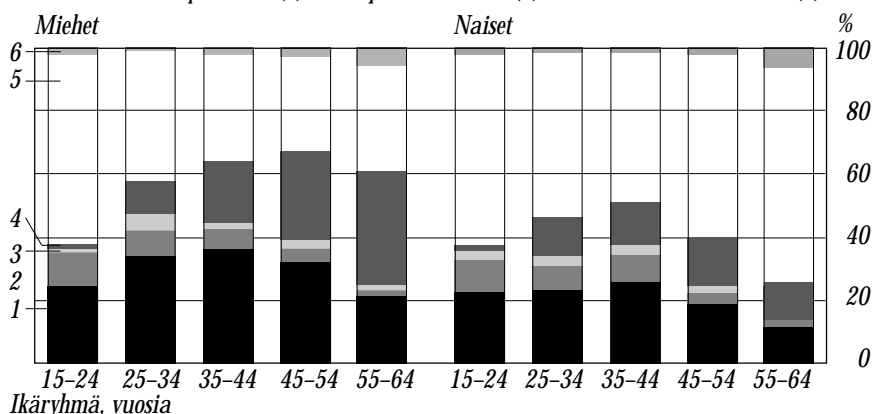
Suomalaisten tupakointi on viime vuosina pysynyt jokseenkin entisellä tasolla. Vuonna 1998 aikuisista miehistä tupakoi päivittäin 30,2 ja naisista 20,4 prosenttia. Vuonna 1997 vastaavat luvut olivat 29,6 (miehet) ja 19,7 (naiset). Nuorempien mies- ja naisryhmien (15-24-v.) tupakointi ei ole enää vähentynyt. Miesten tupakointi on 1980-luvun alkuvuosista vähentynyt, naisten sen sijaan lisääntynyt.

Päivittäin tupakoivien 15-64-vuotiaiden sekä 15-24-vuotiaiden osuudet (%) 1978-98



Päivittäin tupakoivien, satunnaisesti tupakoivien, lopettaneiden sekä tupakoimattomien osuudet (%) 10-vuotiskäryhmittäin ja sukupuolittain vuonna 1998

■ Päivittäin tupakoivia (1) ■ Satunnaisesti tupakoivia (2) ■ 1-12 kk sitten lopettaneita (3)
■ Yli vuosi sitten lopettaneita (4) □ Tupakoimattomia (5) ■ Puutteelliset tiedot (6)



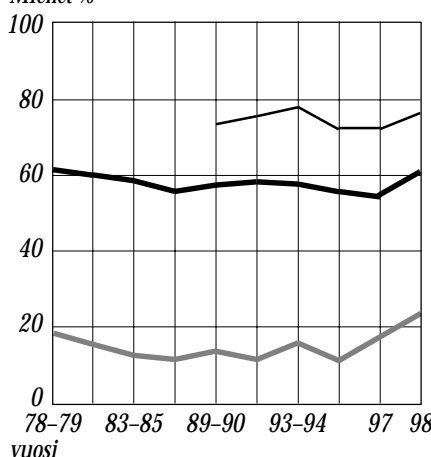
Tupakoinnin aiheuttamasta vahingosta omalle terveydelle huolissaan olevien, lopettaa haluavien ja lopettamista viimeisen puolen vuoden aikana yrittäneiden päivittäin tupakoivien osuus (%) 1978-98

— Huoli tupakoinnin aiheuttamasta vahingosta omalle terveydelle

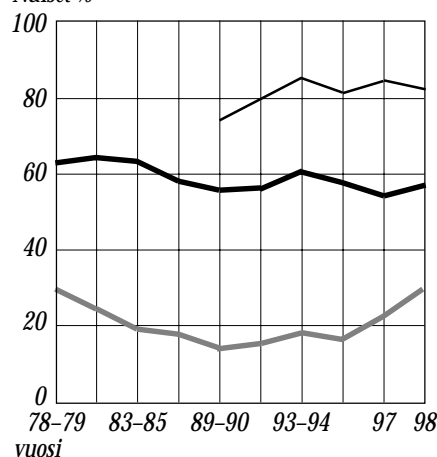
— Haluaa lopettaa tupakoinnin

— On yrittänyt lopettaa viimeisten 6 kk aikana

Miehet %



Naiset %



Tästä syystä naisten ja miesten tupakoinnin välinen ero on kaventunut, eniten nuorimmissa ikäryhmissä.

Päivittäin tupakoivista melkein kaikki polttavat savukkeita. Savukkeiden käyttäjistä kolme neljännestä polttaa tehdasvalmisteisia, itsekkäärittyjä ja kummankin tyyppisiä savukkeita polttaa vain pieni osa. Miehet käyttävät itsekkäärittyjä savukkeita yleisemmin kuin naiset. Itsekkäärittyjä savukkeita polttavat tupakoivat keskimäärin 18 kertaa päivässä, kun vastaava luku tehdasvalmisteisia savukkeita polttavilla oli 15. Sikareja poltettiin edelleen Suomessa vähän, vain noin kolme prosenttia päivittäin tupakoivista ilmoitti myös sikarien kuuluvan päivittäin polttamiinsa tupakkalatuihin.

LOPETTAMISYRITYKSET

Päivittäin tupakoivista 78 prosenttia oli huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta omaan terveyteensä; miehistä 60 ja naisista 56 prosenttia ilmaisi halunsa lopettaa. Miehistä 24 ja naisista 30 prosenttia kertoi

yrittäneensä vakavasti lopettaa tupakoinnin (ts. olleensa tupakoimatta vähintään vuorokauden) viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana. □

Satu Helakorpi, KTL

(09) 4744 8616, satu.helakorpi@ktl.fi

Pekka Puska, KTL

Antti Uutela, KTL

LOPETA JA VOITA SUOMESSA - QUIT AND WIN MAAILMALLA

SUOMEN KOORDINOIMA
TUPAKOINNIN LOPETTAMIS-
KAMPANJA LAAJENEE

QUIT AND WIN 1998 TAVOITTI
200 000 TUPAKOIJAA

Järjestyksessä kolmas kansainvälinen
QUIT AND WIN -kampanja toteutettiin
kevällä 1998. Noin 200 000 tupakoijaa

48 maassa eri puolilta maailmaa aloitti tupakkalakon 2. toukokuuta 1998. He yrittivät olla tupakoimatta vähintään neljän viikon ajan voidakseen osallistua kansallisten palkintojen arvontaan kuukauden lopussa ja kansainvälisen superpalkinnon arvontaan kesäkuussa. Kaikissa osallistuvissa maissa noudatettiin yhteisesti sovittuja sääntöjä. Kansainvälisestä koordinoinnista vastasivat Suomen Kansanterveyslaitos ja Terveiden edistämisen keskus. Kansainvälinen superpalkinto (10 000 \$) meni arvonnassa Chileen, maan valtakunnallisen lopettamiskilpailun voittajalle Fernando Antonio Godoylle. Valitettavasti hän menehtyi auto-onnettomuudessa viime syksynä, pari päivää ennen palkinnon antamistilaisuutta.

Suomen Lopeta!Voita -kilpailuun osallistui yli 13 000 tupakoitsijaa. Suomessa kampanjasta vastasivat Terveiden edistämisen keskus ja järjestöjen Savuton Suomi -ohjelma. Valtakunnallisen kampanjoitajan maavertailussa Suomi menestyi parhaiten. Vertailun perustana on osanottajien määrä suhteessa tupakoivaan väestöön. Lopeta! Voita -kilpailuun osallistui 1,7 prosenttia maamme aikuisista. Aiempien kokemusten perusteella 15–20 prosenttia osallistujista onnistuu lopettamaan pysyvästi. Jos onnistumisprosentti pitää nytkin paikkansa, kaikkiaan 30 000–40 000 tupakoijaa eri puolilla maailmaa on päässyt eroon tupakasta tämän kampanjan yhteydessä.

KANSAINVÄLINEN QUIT AND WIN 2000

QUIT AND WIN -kampanjan suosio on kasvanut nopeasti, ja edellisen lähes 50 maan yhteinen ponnistus ylitti kaikki odotukset. QUIT AND WIN koetaan positiivisena keinona vähentää tupakointia, jonka terveyshaitat mielletään yhä paremmin. Se on myös konkreettinen tapa tehdä kansainvälistä yhteistyötä, jonka tarvetta korostaa sekin, että myös tupakkateollisuuden markkinointi on ylikansallista. Positiivisten tulosten kannustamana on päätetty, että seuraava kansainvälinen QUIT AND WIN järjestetään vuonna 2000. Tavoitteeksi on asetettu 75 osallistuvaa maata ja 250 000 osanottajaa. Lisäksi mahdollisimman monessa maassa aiotaan järjestää samanaikainen kannattajakilpailu niille, jotka eivät sääntöjen puitteissa voi varsinaiseen QUIT AND WIN -kilpailuun osallistua. Seuraavaa kansainvälistä kampanjaa koordinoidaan jälleen Suomen Kansanterveyslaitoksesta käsin. QUIT AND WIN 2000 tukee WHO:n uutta ohjelmaa "Tobacco Free Initiative".

OSAISI TERVEYDENHUOLLON TYÖTÄ

Koska Suomessa Lopeta ja Voita -kilpailusta on muotoutunut jokakeväinen tapahtuma, myös toukokuu 1999 on tupakaton kuukausi. Kilpailuun voivat osallistua 18 vuotta täyttäneet päivittäin tupakoivat, jotka ovat polttaneet tai nuuskanneet vähintään vuoden. Kilpailussa on myös kannattajasarja. Kilpailuaika on 3.–30.5.1999. Kilpailukupongin viimeinen postituspäivä on 3.5.1999. Lopettamiskilpailun pääpalkinto on 18 000 markan matkalahjakortti, kun taas kannattajakilpailun palkinto on 8 000 markan matkalahja-

kortti. Voittajat julkistetaan WHO:n Maailman tupakkattoman päivän kunniaksi toukokuun viimeisenä päivänä.

Kilpailun kohderyhmäksi on valittu työikäinen väestö. Terveidenhuollon yksiköitä kannustetaan ottamaan kilpailu osaksi savuttomuustyötään. Lisäksi korostetaan paikallisen yhteistyön voimaa. Kilpailun suunnittelu-ryhmässä ovat olleet Folkhälsan, Suomen Apteekkariliitto, Suomen Syöpäyhdistys, Sydäntautiliitto, Keuhkovammaliitto, Suomen Terveidenhoitajaliitto, Suomen Työterveyshoitajaliitto ja Kansanterveyslaitos. Kilpailua koordinoi Keuhkovammaliitto.

KILPAILUKUPONGIT ESILLE

Edellisten vuosien tapaan kilpailukuponkeja ja julisteita jaetaan laajasti julkisiin tiloihin. Julkiset ja yksityiset terveydenhuollon pisteet saavat myös kilpailukuponkeja. Toivottavasti ne eivät jää varastohyllyille, vaan niitä löytyy odotustiloista ja vastaanottopisteistä. Kilpailun ympärille voi myös järjestää ennen kilpailukautta savuttomuuden eduista viestittäviä teemapäiviä. Mukana olevien järjestäjien paikalliset yhdistykset ovat mielellään mukana tapahtumien järjestämisessä.

Väitetään, että savuttomuustyön tulosta on vaikea mitata rahassa ja tulokset näkyvät vasta vuosien päästä. Totta onkin, että tupakoinnin lopettaminen vaatii useimmilta 3–4 lopettamisyrittystä. Savuttomuustyöhön liittyy myös paljon toimintaa rajoittavia uskomuksia syyllistämisestä ja itsemääräämisrikkomuksesta. Viime kädessähan jokainen tupakoitsija päättää itse tupakoinnistaan. Toisaalta voidaan miettiä, onko hoitovirhe jättää puuttumatta asiakkaan tupakointiin. Ääsallinen ja kannustava keskusteluhetki saattaa tuottaa tuhansia markkoja rahaa.

SINÄ VOIT TUKEA KILPAILUA

Lopeta ja voita -kilpailun osanottajamäärä riippuu siitä, miten hyvin tieto ja kampanjan aineisto leviävät tupakoivien ulottuville. Sinä voit kannustaa tupakoivia osallistumaan kilpailuun ja olla tukena kilpailuajaksi.

Sinä voit

- tarkistaa, että kilpailukupongit ovat esillä odotus- ja vastaanottotiloissa.
- tilata kuponkeja ja julisteita Keuhkovammaliitosta, faksi (09) 7527 5100.
- tiedottaa kampanjasta työyhteisössäsi.
- ottaa tupakoinnin esille vastaanottotilanteissa.
- kannustaa myös tupakoivaa työtoveriasi savuttomuuteen. ☐

Tellervo Korhonen, KTL
(09) 4744 8630, tellervo.korhonen@ktl.fi

Pekka Puska, KTL

Ulla Veteläsuu, Teppo Kontti,
Keuhkovammaliitto

Lisätietoja

Suomen Lopeta ja Voita -kilpailusta:

Ulla Veteläsuu, Keuhkovammaliitto,
(09) 7527 5130,

ulla.vetelasuo@keuhkovammaliitto.fi

Kansainvälisestä QUIT AND WIN -kampanjasta:

Tellervo Korhonen, KTL
(09) 4744 8630, tellervo.korhonen@ktl.fi

TERVEYDENHUOLTO VOI AUTTAA TUPAKASTA VIEROTTUMISTA

Tupakka on sekä yksilötasolla että kansanterveyden tasolla massiivinen riskitekijä. Joka toinen tupakoiva kuolee tupakointinsa vuoksi, ellei lopeta ajoissa. Perusterveydenhuollossa lääkärin ja terveydenhoitajien systemaattisilla mini-interventioilla on huomattava kansanterveydellinen merkitys. Vaikka vaikutus yksittäisen asiakkaan kohdalla on usein varsin vaatimaton, kustannus/vaikutussuhde on huomattava verrattuna tehokkaampiin, mutta kalliimpiin ja hankalampiin tupakasta vieroitusohjelmiin.

Tupakoivista puolet menettää noin 20 elinvuotta. Vaikka nuorten tupakoinnin ehkäisemiseksi tarvitaan vahvat toimenpiteet, on erittäin tärkeää auttaa nyt tupakoivia aikuisia lopettamaan. Heistä noin 100 000 kuolee Suomessa seuraavien 25 vuoden aikana, elleivät he lopeta. On myös turha yrittää saada nuoria lopettamaan, jos aikuiset jatkavat tupakointiaan.

Tupakoinnin lopettaminen on sekä tupakoivien potilaiden että väestön terveyden kannalta keskeinen kysymys. Tiedon tai motivaation puute ei yleensä ole lopettamisen ongelma. Vuoden 1998 Kansanterveyslaitoksen valtakunnallisessa Aikuisväestön terveyskäyttäytymisen seurannassa suomalaisista tupakoivista 56 prosenttia ilmoitti haluavansa lopettaa (vain 9 % ilmoitti, että ei halua), 89 prosenttia oli yrittänyt joskus lopettaa ja heistä peräti 44 prosenttia viimeksi alle vuosi sitten. 71 prosenttia ilmoitti olevansa huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta omaan terveyteensä.

VIEROTUKSEN VAIHEET:

1. Valmistautumisvaihe (1–2 viikkoa)
2. Vieroitusvaihe (noin 4 viikkoa)
3. Pysyminen tupakoimattomana -vaihe (1 vuosi)

KUUDEN K:N SÄÄNTÖ:

Kysy, Kirjaa, Keskustele, Kehota, Kannusta, Kontrolloi (= seuraa)

RIIPPUVUUS VAIHELEE

Lopettamisen ongelma on syvälle juurtunut tapa ja yksilöillä lisäksi tupakoinnin aiheuttama huomattava riippuvuus: fysiologinen riippuvuus lähinnä nikotiinista sekä riippuvuus tavasta ja tottumuksesta. Eri ihmisillä riippuvuuden voimakkuusaste ja luonne vaihtelevat.

Tupakasta vieroituksessa on saavutettu edistystä psykologisia ja kasvatus-tieteen periaatteita soveltavalla vieroitustoiminnalla.

Periaatteena tällöin on opettaa käytännön menettelytapoja, joilla oman halun pohjalta voi helpommin onnistua. Keskeisiä psykologisia periaatteita ovat mm. sitoutuminen, itsediagnoosi, monitorointi, stimulus-ympäristö-kontrolli ja sosiaalinen tuki. Tärkeää on myös ymmärtää vieroitusoireet ja menettely niiden suhteen. On hyvä päättää lopettamispäivä, ja silloin lopettaa kertaheitolla.

Vuosien kuluessa tupakasta vieroituksessa on kokeiltu runsaasti erilaisia farmakologisia menetelmiä, hypnoosia, akupunktiota ym. Nikotiinikorvaushoitoa lukuunottamatta näyttö spesifisistä vaikutuksista on niukkaa. Nikotiinikorvaushoidon muotoja ovat purukumi, laastari, nenäsuihke ja inhalaattori. Eri muodot sopivat eri tupakkojatyypeille: purukumi ja inhalaattori antavat mahdollisuuden annostella korvaushoitoa tupakointihalun mukaan sekä puuhaa käsille ja suulle. Laastari taas antaa vereen tasaisen pitoisuuden, se sopii erityisesti henkilöille, jotka tupakoivat hyvin automaattisesti.

TERVEYDENHOIDOSSA

"KÄDESTÄ PITAEN"

Kaikissa tapauksissa nikotiinikorvaushoidossa on tärkeää suositella riittävää annosta. Annosta voi säädellä valmisteen vahvuuden ja purukumin/suihkeen/inhalaattorin käyttökertojen avulla. Kombinaatiohoito on hyvä vaihtoehto henkilöille, joiden nikotiiniriippuvuus on vähintään kohtalainen. Tällöin annosta voidaan kasvattaa ja yhdistää eri valmistemuotojen etuja. Luontevinta on kombinoida laastari purukumin, suihkeen tai inhalaattorin kanssa. Korvaushoidossa on aina korostettava myös omaa motivaatiota ja muita ohjeita.

Lääkärin, hammaslääkärin ja hoitajan käytännön työssä suositellaan "kuuden K:n sääntöä": **Kysy, Kirjaa, Keskustele, Kehota, Kannusta, Kontrolloi** (= seuraa). Mikäli tähän lyhyeen rutiiniin liitetään harkittujen kohdalla edellä kuvattuja menetelmiä, lääkäri ja hoitaja ovat hoitaneet osuutensa. On kuitenkin muistettava, että muutaman viikon varsinaisen vieroitusvaiheen jälkeen riski aloittaa uudelleen on suuri vielä seuraavien kuukausien aikana. Tämän ehkäisemiseksi on tärkeä antaa ohjeita. □

Pekka Puska, KTL

(09) 4744 8336, pekka.puska@ktl.fi

TUPAKKATEOLLISUUS YHÄ ENEMMÄN VASTUUSEEN

Puhuttaessa tupakkateollisuuden vastuusta voidaan oikeudellisessa mielessä tarkoittaa useita eri asioita. Meillä Suomessa on viime vuosina käsitelty erityisesti tupakkayhtiöiden vahingonkorvausvelvollisuutta savukkeiden aiheuttamista henkilövahingoista eli ns. tuotevastuuta.

Meillä on vuodesta 1988 lähtien ollut viereillä tuotevastuukanne, jossa vastaajina on kaksi Suomen kolmesta tupakkayhtiöstä. Kantajana jutussa oli alun perin tamperelainen Pentti Aho, ja hänen kuoltuaan vuonna 1992 kannetta on jatkanut hänen leskensä. Pentti Aho oli syntynyt vuonna 1925, aloittanut tupakoinnin 16-vuotiaana vuonna 1941 ja lopettanut sen vuonna 1986. Ahossa todettiin krooninen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma ja kirkunpäänsyöpä. Kanteeseen hän vaatii korvauksia sairauskuluista, menetetyistä työansioista, kivusta ja särystä sekä pysyvistä viasta ja haitasta yhteensä 486 000 markkaa. Aho voitti jutun kuluttajavalituslautakunnan täysistunnossa 23.8.1989 ja 15.11.1991, mutta hävisi sen Helsingin raastuvanoikeudessa 6.2.1992. Helsingin hovioikeus ratkaisi asian 31.12.1998.

Hovioikeuden mukaan tupakkayhtiöt ovat menettelleet tavalla, joka synnyttää velvollisuuden korvata savukkeiden aiheuttamat vahingot. Hovioikeuden mielestä ei kuitenkaan ollut todistettu riittävän selvästi, että nimenomaisesti Pentti Ahossa todetut sairaudet olisivat johtuneet savukkeista, jonka vuoksi hovioikeuskin hylkäsi Ahon kanteen. Hovioikeuden tuomiosta on valitettu korkeimpaan oikeuteen, jossa valitusparatkaisu tehtänee tämän vuoden lopussa. Jos valituslupa myönnetään, korkeimman oikeuden tuomio saadaan luultavasti vuoden 2000 lopussa. Kyseessä on arvokas ennakkopäätös, joka saattaa olla ensimmäinen Euroopassa. Yhdysvalloissa ja eräissä muissa maissa tupakkateollisuus

on jo joutunut maksamaan suuria korvauksia.

TUPAKKAAN TUOTEVASTUULAKI PUREE MYÖHEMMIN

Pentti Ahon kanne perustuu vahingonkorvauslakiin. Suomessa on lisäksi tuotevastuulaki, joka on tullut voimaan 1.9.1991. Tuotevastuulakia säädettäessä vuonna 1990 eduskunta otti nimenomaisesti tupakkatuotteet lain korvauspiiriin. Laki koskee savukkeita, jotka on laskettu liikkeelle 1.9.1991 jälkeen ja jotka ovat aiheuttaneet vahinkoja tästä eteenpäin. Kun tupakkasairaudet syntyvät hyvin hitaasti, meillä ei ole vielä savukkeiden vammauttamia ihmisiä, jotka voisivat nostaa kanteen tuotevastuulain nojalla. Tulevaisuudessa tällaisia tupakkasairaita on ja he voivat ajaa korvauskanteensa selkeän ja nimenomaisen lain nojalla.

Yhdysvalloissa tupakkateollisuus on joutunut maksamaan korvauksia myös savukkeiden epäsuorasti aiheuttamista vahingoista. Tupakkayhtiöt sitoutuivat marraskuussa 1998 maksamaan 46 osavaltiolle 206 miljardia dollaria sairauskuluista, joilla savukkeet ovat kuormittaneet veronmaksajia. Tämä ei ollut lopullinen korvaus Yhdysvalloissa. Sairaalalaitos vaatii lisää ja tulee ilmeisesti myös saamaan.

TUPAKKASAIRAUDET TUNTUVAT VEROISSA

Savukkeet rasittavat veronmaksajia ja yhteiskuntaa tietysti muissakin maissa. Kana-dassa ja Ranskassa on jo päätetty nostaa kansallisten sairaalalaitosten kanteet tupakkayhtiöitä vastaan, ja asiaa valmistellaan monessa muussakin maassa. Suomessa HYKS on ryhtynyt selvittämään kanteen edellytyksiä.

Vahingonkorvausvastuun lisäksi eräissä maissa on alettu pohtia tupakkateollisuuden edustajien rikosvastuuta. Yhdysvalloissa oikeusministeriö on jo pitkään tutkinut asiaa. Tupakkayhtiöiden johtajat ovat muun muassa valan nojalla vakuuttaneet, etteivät usko savukkeiden aiheuttavan syöpää; tupakkayhtiöiden sisäiset asiakirjat puhuvat toista. Rikossyytteet voitaisiin parhaassa tapauksessa esittää vuoden 2000 aikana. □

Erkki Aurejärvi, Helsingin yliopisto
(09) 1912 2808

KANSANTERVEYSLAITOS



Päärakennus
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 47 441
<http://www.ktl.fi>

KANSANTERVEYS

KTL:N TIEDOTUSLEHTI

Päätoimittaja Pauli Leinikki

Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki

Puhelin (09) 4744 8403

Faksi (09) 4744 8468

pauli.leinikki@ktl.fi

Toimitussihteeri Merja Tielinen

Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki

Puhelin (09) 4744 8743

Faksi (09) 4744 8746

merja.tielinen@ktl.fi

TOIMITUSKUNTA

Pentti Huovinen

PL 57, 20521 Turku

Puhelin (02) 251 9255

Faksi (02) 251 9254

pentti.huovinen@ktl.fi

Leena Korhonen

PL 95, 70701 Kuopio

Puhelin (017) 201 372

Faksi (017) 201 155

leena.korhonen@ktl.fi

Hanna Nohynek

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Puhelin (09) 4744 8246

Faksi (09) 4744 8675

hanna.nohynek@ktl.fi

Eeva Pekkanen

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Puhelin (09) 4744 8685

Faksi (09) 4744 8468

eeva.pekkanen@ktl.fi

Jouni Tuomisto

PL 95, 70701 Kuopio

Puhelin (017) 201 305

Faksi (017) 201 265

jouni.tuomisto@ktl.fi

Lehden aineistoa lainattaessa
on lähde aina mainittava.

TARTUNTATAUTIREKISTERI

Puhelin (09) 4744 8484 Eija Kela

Faksi (09) 4744 8468, ejja.kela@ktl.fi

EPIDEMIAKONSULTAATIOT

Puhelin (09) 4744 8234, 4744 8557

ROKOTUSNEUVONTA

Matkailijoiden rokotukset

ma ja to klo 10–12, puhelin (09) 4744 8485

Muu rokotusneuvonta (rokotusaikataulut,

neuvolarokotukset, haittavaikutukset):

arkisin klo 9–12

puhelin (09) 4744 8243

YMPÄRISTÖONGELMANEUVONTA

Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X

Painopaikka: Askon paino 4.99